

MITEINANDER REDEN – ÄRZTE UND PATIENTEN IM GESPRÄCH

Vortrag vom 26. April 2007 im Rahmen des Mannheimer Stadtjubiläums
von Thomas Spranz-Fogasy

Anwendungsbezogene Forschung hat in der linguistischen Gesprächsanalyse eine lange Tradition. Das belegt u. a. auch die Arbeit des „Arbeitskreises Angewandte Gesprächsforschung“ (AAG), in dem sich Gesprächsforscher unterschiedlicher Provenienz zum Erfahrungsaustausch über ganz unterschiedliche Themenbereiche treffen.¹ Sie befassen sich u. a. mit Kommunikation im Unterricht oder in der Wirtschaft, mit der Sprache der Verwaltung und der Politik oder mit interkultureller und medial vermittelter Kommunikation. Ein zentraler Bereich dieser Forschung ist auch die medizinische Kommunikation. Hier treffen gesellschaftliche Bedeutung und persönliche Erfahrungen – auch der Forscher selbst – aufeinander.

Ein wichtiger Konvergenzpunkt medizinischer Kommunikation ist das Gespräch zwischen Arzt und Patient. Hier stellen Patienten ihre Beschwerden dar, wenden Ärzte ihr in der Ausbildung und Praxis erworbenes Wissen an und haben therapeutische Maßnahmen ihren Ausgangspunkt. Die Klagen über Kommunikationsprobleme in diesen Gesprächen haben Linguisten aufmerksam gemacht und Ärzte dazu geführt, auch die Hilfe von Linguisten zu suchen.

Ich möchte in diesem Beitrag zunächst einen kurzen Überblick zur linguistischen Erforschung des ärztlichen Gesprächs geben, danach den Handlungsablauf solcher Gespräche darstellen und spezifische Handlungsaufgaben und Aktivitäten von Ärzten, wie die Gesprächseröffnung und die Beschwerdenexploration, in ihrem Kontext und in ihren Konsequenzen erläutern.

Schon seit den 1960er Jahren hat sich die Linguistik in der Fachsprachenforschung mit Fragen der Verständlichkeit auch der medizinischen Fachbegriffe befasst. Mit der Entwicklung der Gesprächsforschung in den 80er Jahren kamen dann auch weitergehende Fragen der Anwendung in den Blick. Dabei spielte nicht nur die gesellschaftliche und gesellschaftspolitische Relevanz des Themas eine Rolle, für Linguisten ergaben sich auch aus fachlicher Sicht interessante Forschungsaspekte:

- Ärztliches Handeln ist zu einem sehr großen Teil sprachlich-kommunikativ.
- Ärztliche Gespräche sind stark strukturiert, sodass sich sprachlich-kommunikative Strukturen und Kommunikationsprobleme gut analysieren lassen.
- In ärztlichen Gesprächen treffen unterschiedliche „Welten“ aufeinander: die professionelle Welt der Ärzte auf die Alltags- und Laienwelt der Patienten.
- Es lassen sich sehr gut institutionelle und situationelle Einflüsse auf das sprachliche Handeln untersuchen.

Konkrete Untersuchungsgegenstände sprachwissenschaftlicher Forschung zum Arzt-Patienten-Gespräch sind Legion, ich kann daher hier nur kurz einige Stichworte nennen:²

Untersuchungen beziehen sich zum einen auf die verschiedenen Institutionen und Situationen, in denen Arzt und Patient miteinander Gespräche führen wie bspw. Ausbildungsgespräche, Praxisgespräche, Ambulanzgespräche oder Visitingespräche. Zum anderen beziehen sie sich auf die unterschiedlichen Gesprächstypen, z. B. Erstgespräch, Vorsorgegespräch, Beratung, präoperative Aufklärung, Nachsorge oder Psychotherapie. Des Weiteren werden auch die verschiedenen Aufgaben, die in Gesprächen bearbeitet werden, wie Anamnese, Diagnosemitteilung, Aufklärung, Therapieplanung oder Prophylaxe untersucht. Dabei geht es um spezifische sprachliche Aspekte wie Formulierungsmuster, Erzählungen, Schmerzbeschreibungen, um den Umgang mit Emotionen und subjektiven Krankheitstheorien, um Fragen der Compliance, also der Therapiebefolgung, aber auch um nonverbale Teilnehmerkonstellationen behandelt wie Gespräche mit Frauen oder Männern, mit Kindern, Jugendlichen oder älteren Patientinnen, mit ausländischen und der Sprache kaum oder gar nicht mächtigen Patienten.³

Nach diesem kurzen Überblick möchte ich mich nun dem eigentlichen Thema dieses Beitrags widmen: Wie reden Arzt und Patient miteinander? – aber auch: Wie reden sie manchmal aneinander vorbei? Und was kann man tun, um das ärztliche Gespräch zu einem Miteinander-Reden im positiven Wortsinne zu machen?

Ich werde mich dabei auf das Erstgespräch in der Praxis niedergelassener Ärzte beschränken, d. h. auf das erste Gespräch zwischen Arzt und Patient in Bezug auf ein bestimmtes Krankheits- oder Beschwerdebild. Hier zunächst ein Ausschnitt aus einem authentischen, aufgezeichneten und verschriftlichten Gespräch:⁴

Ä: so naa (2) was führt sie denn
hierher (2)
P: guten morgen
Ä: setzen se sich mal (.) mh
P: ich bin mit mei ich hab also wahn-
sinnige magenschmerzen

Schon auf den ersten Blick lässt sich erkennen, dass hier etwas nicht stimmt – die Reihenfolge der Äußerungen nämlich. Der Gesprächsbeginn zeigt also: Die Situation ist nicht so beschaffen, dass beide Gesprächspartnerinnen sich voll und ganz einander zuwenden können, ein gewisses Irritationspotenzial für eine so sensible Situation ist schon mal vorhanden.

Und zumindest in diesem Gespräch ist das auch ein erster Baustein für das Misslingen.

Bevor ich nun weiter auf das ärztliche Gespräch eingehe, möchte ich aber noch ein paar allgemeine Aspekte von Gesprächen und die Vorgehensweise der linguistischen Gesprächsanalyse darstellen. Ich werde dann die Struktur eines ärztlichen Erstgesprächs nachzeichnen und dabei genauer auf einzelne Aktivitäten im Ablauf solcher Gespräche eingehen.

Grundeigenschaften von Gesprächen

Wo immer Gespräche geführt werden, unterliegen sie bestimmten Bedingungen allgemeingültiger Art. In der linguistischen Gesprächsanalyse werden fünf allgemeine Merkmale von Gesprächen als ihre Grundeigenschaften hervorgehoben.⁵ Gespräche werden als von den Teilnehmern selbst hergestellte Ereignisse verstanden (Konstitutivität), die in der Zeit verlaufen (Prozessualität) und durch die Abfolge von aufeinander bezogene Äußerungen verschiedener Gesprächspartner entstehen (Interaktivität). Dabei verwenden die Gesprächsteilnehmer kulturspezifische kommunikative Muster in methodischer Weise (Methodizität) und setzen diese für die Zwecke und Ziele ihrer Gespräche ein, um bspw. Probleme oder Aufgaben zu bearbeiten (Pragmatizität).

Diese Grundeigenschaften sind unmittelbar von Bedeutung für die Gesprächspraxis, weil darin auch der Schlüssel für eine Veränderung der Gesprächspraxis liegt: Alles, was Gesprächsteilnehmer tun, kann hinsichtlich dessen betrachtet werden, inwiefern es

- der Herstellung von Gesprächen dient,
- den Gesprächsprozess beeinflusst oder
- auf den Austausch der beteiligten Individuen bezogen ist usw.

Dies hilft dann auch, Gespräche unter einem einheitlichen Gesichtspunkt zu betrachten und die Handlungen der Gesprächsteilnehmer hinsichtlich ihrer kommunikativen Funktion einzuschätzen.

Ebenen der Interaktionskonstitution

Die Eigenschaft der Konstitutivität, also der Herstellung von Gesprächen durch die Gesprächsteilnehmer selbst, lässt sich in verschiedenen Hinsichten nach den Ebenen der Interaktionskonstitution weiter differenzieren.⁶ Dabei geht es darum, wie der formale Ablauf

von Gesprächen, etwa der Sprecherwechsel, organisiert wird (Ebene der Gesprächsorganisation), wie komplexe Sachverhalte dargestellt werden (Sachverhaltsdarstellung), wie Gespräche als Handlungen bzw. wie Teilhandlungen darin realisiert werden (Handlungskonstitution) oder wie soziale Rollen und Beziehungen organisiert sind (Identitäts- und Beziehungsorganisation) etc. Diese Ebenen greifen in Gesprächen auf vielfältige Weise ineinander und bedingen einander wechselseitig. Sie stellen aber jeweils besondere Aufgaben an die Beteiligten und bieten jeweils spezielle Möglichkeiten der Gesprächsgestaltung.

Das Konzept des Handlungsschemas

Spielen alle Ebenen eine bedeutsame Rolle bei der Herstellung und Durchführung von Gesprächen, so ragt dennoch für eine praxis- bzw. anwendungsorientierte Betrachtung eine Ebene heraus, die Ebene der Handlungskonstitution. Auf ihr werden Gesprächsziele entfaltet und organisiert, sie ist der Maßstab jeder professionellen und institutionellen Kommunikation, für die auch bspw. selbst die therapeutische Beziehungsarbeit nur funktional sein kann – im Vordergrund steht die Hilfe für die Patienten.

Wie für alle anderen Ebenen der Interaktionskonstitution, so konnten auch für die Ebene der Handlungskonstitution anhand der Untersuchung systematisch vorkommender Aktivitäten von Gesprächsteilnehmern übergreifende Orientierungsmuster festgestellt werden. Diese sog. Handlungsschemata werden von Gesprächsteilnehmern in Kraft gesetzt, sie qualifizieren das Gespräch als bestimmten Gesprächstyp (wie Beratung, Diskussion, Therapiegespräch etc.), und sie erlauben es den Gesprächsteilnehmern, ihre Äußerungen an eine solche übergreifende Handlungsorientierung zu binden.⁷ Ein solches Handlungsschema enthält Vorstellungen darüber,

- welche Bestandteile dazu gehören,
- was abfolgelogisch aufeinander folgt und
- wer was macht.



Ein Handlungsschema stellt so eine komplexe Hierarchie von Aufgaben dar, die von den Gesprächspartnern gemeinsam, nacheinander und im Wechsel zu bewältigen sind.

Hinsichtlich der Handhabung der Bestandteile zeigen sich die Gesprächsteilnehmer relativ flexibel. Dabei richten sie sich nach den spezifischen Anforderungen des konkreten Gesprächs und erweitern oder reduzieren ihre Gesprächsaktivitäten entsprechend.

Die Ermittlung eines Handlungsschemas, wie bspw. das des ärztlichen Gesprächs, erlaubt nun die genaue Beschreibung der Variation und Funktion des kommunikativen Handelns gänzlich unterschiedlicher Gespräche dieses Interaktionstyps und damit eben auch einen Vergleich zur Einschätzung von günstigeren und weniger günstigen Vorgehensweisen.

Die Handlungsstruktur des ärztlichen Gesprächs

Meine weiteren Ausführungen basieren auf der Analyse von 60 authentischen Gesprächen von Ärzten unterschiedlicher Fachrichtung. Die Auswertung dieser Gespräche ergab, dass das Handlungsschema des ärztlichen Gesprächs fünf zentrale Komponenten enthält.

1. Begrüßung und Gesprächseröffnung⁸: Der Einstieg in das ärztliche Gespräch ist für beide Seiten eine heikle Angelegenheit. Hier beginnt das Gespräch über gesundheitliche Probleme und Beschwerden, und es finden sich wesentliche Momente der Beziehungsdefinition. Nach Begrüßung, Regelung der Sitzordnung und anderen Präliminarien geht es zunächst darum, die Aufmerksamkeit aufeinander und auf die Aufgaben des kommenden Gesprächs auszurichten. Der Arzt zeigt an, dass er jetzt bereit ist, sich die Beschwerdenschilderung des Patienten anzuhören.

Die Untersuchung der Gespräche hat ergeben, dass Ärzte ganz unterschiedliche Möglichkeiten der Gesprächseröffnung

wählen. Das Spektrum reicht dabei von sehr einschränkenden Vorgaben bis zur völligen Offenhaltung für die Darstellung des Patienten. Die vorgefundenen Varianten können in einem Spektrum von direktiv zu non-direktiv geordnet werden.

Diese Eröffnungszüge erzeugen unterschiedliche Handlungszwänge und Freiheiten, aber auch Probleme. So muss ein Patient bei einer Entscheidungsfrage aktiv dagegen halten, wenn seine Beschwerden nicht die sind, die der Arzt unterstellt – und manche Patienten trauen sich das nicht.

Typen	Beispielformulierungen
Entscheidungsfrage	<i>Sie kommen wegen ihrer Rückenbeschwerden?</i>
offene Frage	<i>Was kann ich für Sie tun? Was führt Sie zu mir?</i>
rituell-offene Frage	<i>Wie geht es Ihnen?</i>
inhaltliche Frage	<i>Was haben Sie für Beschwerden?</i>
offene Aufforderung	<i>Nun erzählen Sie mal!</i>
inhaltliche Aufforderung	<i>Erzählen Sie mal, warum Sie hier sind!</i>
implizite Aufforderung	<i>Na, Frau Müller?</i>
Sich-zur-Verfügung-Stellen	Signalisierung von Aufmerksamkeit (z. B. durch Blickkontakt)

Die rituell-offene Frage erzeugt ein Dilemma zwischen dem Ritual „Wie geht es Ihnen?“ und der im Arztgespräch damit verbundenen Frage nach Beschwerden. Der folgende Fall zeigt ein solches Dilemma:

A: so (.) wie gehts denn so im moment
P: och im moment ganz gut nur die luft

Wie sich im späteren Verlauf des Gesprächs herausstellt, bezieht sich der Patient mit dem Ausdruck *Luft* auf massive und ernstzunehmende Herzbeschwerden.

Neben Fragen finden sich auch Aufforderungen. Sie erschließen dem Patienten ein relativ weites Feld von Reaktionsmöglichkeiten, binden sie aber immer noch an vom Arzt vorgegebene sprachliche Formen.

Im Gegensatz dazu zeigt der folgende Gesprächsausschnitt einen völlig offenen Beginn:

P: die frage is jetzt dass ich irgend was sage
A: tja
P: und zwar ich komm weils mir im moment (.) seit drei tagen (.) total komisch geht [...]

Nach Klärung der Gesprächsumstände (Sitzordnung) zeigt sich der Arzt lediglich gesprächsbereit und auf-

merksam, ohne durch Fragen oder formulierte Aufforderungen den Aktionsradius der Patientin einzuschränken. Sie entwickelt dann von sich aus und damit ohne eine „Rahmung“ durch den Arzt ihre Beschwerden-schilderung. Diese Art der Gesprächseröffnung kann als Sich-zur-Verfügung-Stellen bezeichnet werden.

Für Ärzte ergeben sich aus der Untersuchung von Gesprächseröffnungen einige Konsequenzen. Sie sollen in erster Linie einmal genügend Ruhe und Aufmerksamkeit für das Gespräch schaffen. Am wichtigsten ist dann, dem Patienten die ungeteilte Aufmerksamkeit

und ausschließliche Zuwendung zu demonstrieren. Die hier vorgestellte Liste der verschiedenen Eröffnungszüge macht es nun möglich, verschiedene Varianten zu wählen und zu erproben.

2. Beschwerden-schilderung und Beschwerdenex-

ploration: Dies sind komplementäre Aktivitäten von Patient und Arzt. Hier geht es darum, das spezifische Fallwissen über die Beschwerden seitens des Patienten und das allgemeine medizinische Wissen des Arztes abzugleichen. Diese Gesprächsphase kann sehr unterschiedlich gestaltet sein, je nach den Möglichkeiten der Patienten zur Darstellung und den Eingriffen oder Ergänzungswünschen des Arztes. Diese Phase zeichnet sich durch ein Wechselspiel von Schilderung, aktivem Zuhören und explorativen Aktivitäten aus.

Aktives Zuhören umfasst, neben empathischem Schweigen, Rückmeldesignale, verständnissichernde Reformulierungen sowie begleitende Kommentare zu den Darstellungen der Patienten. Zuhören ist ein aktives und kooperatives Handeln, das dem Patienten die für beide Seiten optimale Entfaltung seiner Problemsicht ermöglicht. Darin kann sich aber natürlich die Beschwerdenexploration nicht erschöpfen; der Arzt muss auch, um sein Verständnis und damit letztlich auch die Diagnose abzusichern, eigene Aktivitäten entfalten.

Dem Arzt stellen sich hier mehrere schwierige Probleme. Jede Äußerung, jede Frage oder Aufforderung stellt eine Intervention dar, die den Patienten in seiner Schilderung unterbricht, seine Gedanken ablenkt und vielleicht wichtige Informationen verhindert. Andererseits braucht der Arzt oft genug zusätzliche oder

nähere Angaben, die sein Bild von den Beschwerden ergänzen.

Arzt und Patient haben ein unterschiedliches Wissen und beurteilen Beschwerdendaten unter verschiedenen Gesichtspunkten. Es herrschen deshalb oft recht unterschiedliche Vorstellungen darüber vor, was genauer gesagt werden muss oder was im Ungefähren verbleiben kann. Viele Patienten legen den Akzent auf die subjektive Erlebnisqualität ihrer Beschwerden und vernachlässigen in ihrer Schilderung die objektiven Komponenten wie Zeitpunkt(e) des Auftretens, Begleitsymptome usw. Die meisten Ärzte konzentrieren sich dagegen mehr auf gerade solche Momente des Krankheitsgeschehens. Nur das gemeinsam Besprochene kann aber im Gespräch zählen.

Zentrale sprachliche Handlungen zum Abgleich der unterschiedlichen Wissensvoraussetzungen und Einschätzungen sind Fragen. Hier lassen sich aufgrund der Untersuchungen zwei Fragetypen unterscheiden: Präzisierungsfragen und Komplettierungsfragen.

Mit Präzisierungsfragen knüpft der Arzt direkt an die Worte des Patienten an:

P: im moment habe ich (.) wie wie gesucht schon immer die aussetzer (.) und (.) hier magen darmstörungen [...]

A: sie haben eben gesucht aussetzer was verstehen sie darunter

Präzisierungsfragen haben für das Gespräch mehrere wesentliche Vorteile. Einmal sind sie geeignet, „vor Ort“ eingesetzt zu werden, also an der ersten möglichen Stelle, an der der Arzt rückfragen kann. Und sie machen es möglich, sich kurzfristig auf einen für den Arzt wichtigen Teilsachverhalt zu konzentrieren, ohne dass er damit automatisch das Gespräch dominiert. Dem Patienten wird das „Rederecht“ nur kurz entzogen. Dadurch, dass der Arzt sich mit Präzisierungsfragen an der Aussage des Patienten orientiert, bleibt dieser der Fixpunkt der Exploration und erhält in seiner zentralen Gesprächsaufgabe, der Beschwerdendarstellung, Unterstützung und Anstöße zu einer vertieften Reflexion seiner Probleme.

Komplettierungsfragen sind dagegen anders motiviert. Im Laufe der Beschwerdendarstellung durch den Patienten führt der Arzt sukzessive gedankliche Operationen durch, die ihm eine Zuordnung der erzählten Sachverhalte zu einem Krankheitsbild erlauben. Komplettierungsfragen zeichnen sich nun dadurch aus, dass

sie sich auf Sachverhalte beziehen, die der Patient bis dato nicht erwähnt hat, die aber für den Arzt unter diagnostischen Gesichtspunkten relevant sind. Oft handelt es sich dabei um das Angebot eines Symptoms aus einem Beschwerdenkatalog:



P: mir ist unheimlich schlecht

A: haben sie denn erbrochen

P: nee

A: erbrochen nicht stuhlgang ist normal

Weitere Themen solcher Fragen sind persönliche Daten, Umstände der Erkrankung und andere Zusammenhänge.

Manchmal ist der Bezug einer Komplettierungsfrage zur Aussage des Patienten noch unmittelbar einleuchtend, wenn bspw. der Arzt über das vom Patienten angegebene Körperfeld hinaus Symptome erfragt. Eine große Anzahl von Komplettierungsfragen ist hingegen für den Patienten wesentlich schwieriger durchschaubar im Hinblick auf einen Zusammenhang mit seinen eigenen Äußerungen:

P: die letzte zeit (.) werd ich urplötzlich wenn ich abends nach hause komme dann bin ich (.) todmüde (.) dann könnt ich einschlafen und leichte übelkeit hab ich auch oft

Ä: sie sind bei [DER FIRMA] dücker ne

Es scheint, als erkundige sich die Ärztin hier und mit einer ganzen „Batterie“ nachfolgender Fragen nach harten Fakten wie eben Arbeitsplatz oder auch Beruf, Geburtsdaten etc. Die Ärztin ist aber an etwas ganz anderem interessiert, wie sich erst in der sechsten und siebten Frage in unmittelbarer Abfolge herausstellt:

Ä: also da kann keine schwierigkeit sein gell [...] für ihren (.) arbeitsplatz müssen sie auch nicht fürchten

Erst bei diesen letzten beiden Fragen wird klar, dass die Ärztin von vornherein einen beruflichen Zusam-

menhang als mögliche Ursache der von der Patientin dargestellten Symptomatik im Auge hatte.

Es ist im Übrigen sehr auffallend, wie viele Ärzte schon nach wenigen Worten der Patienten die Frage nach der (möglichen) Ursache stellen. Dieses Kausalitätsdenken ist ein Hinweis darauf, dass gleich mit Beginn der Beschwerdenschilderung Krankheitsbilder im Ausschlussverfahren geprüft werden. Komplettierungsfragen werden dabei meist ausgelöst durch diagnostisches Wissen des Arztes, das aber für den Patienten zwangsläufig wenig transparent ist.

Präzisierungsfragen sind aufgrund ihres oben beschriebenen Zusammenhangs mit den Äußerungen des Patienten von vornherein verständlicher als Komplettierungsfragen, die dem (für den Patienten unbekannten) Wissen des Arztes entspringen. Eine Möglichkeit, mit diesem Problem umzugehen, liegt darin, Komplettierungsfragen zu sammeln und sie an geeigneter Stelle mit einer kurzen Erläuterung einzubringen. Eine frühe Übernahme der Gesprächsführung durch den Arzt verhindert jedenfalls in den meisten Fällen, dass der Arzt mehr erfährt, als er erfragt.

Nach diesen ausführlicheren Überlegungen zur Gesprächseröffnung und zur Beschwerdenexploration kehre ich nun wieder zum Handlungsschema des ärztlichen Gesprächs zurück und will wenigstens noch kurz die übrigen Bestandteile darstellen.

Präzisierungsfragen	Komplettierungsfragen
an der Äußerung des Patienten orientiert (patientengeleitet)	am Wissen des Arztes orientiert (wissensgeleitet)
auf der Ebene des Patienten angesiedelt (durch direkten Zusammenhang)	auf der Ebene des Arztes angesiedelt (weil ohne direkten Bezug)
transparent	oft undurchschaubar für Patienten
wenig interventiv	stark interventiv
wenig dominant	stark dominant

Tabelle: Unterschiede zwischen Präzisierungsfragen und Komplettierungsfragen

3. Die Diagnosestellung ist eine zentrale, oft jedoch hinsichtlich ihrer kommunikativen Behandlung von Ärzten vernachlässigte Gesprächsphase. In ihr geht es darum, eine gemeinsame Definition des vom Patienten vorgestellten und mit ihm ausgehandelten Beschwerdebildes zu formulieren. Eine unklare oder gar gänzlich unterlassene Definition von Problemsachverhalten behindert die Lösungsfindung oder macht sie sogar unmöglich. Diese Problematik ergibt sich daraus, dass

aktive Mitarbeit ein Verständnis dessen voraussetzt, „um was es geht“. Dass dabei auch die Compliance der Patienten, also ihre Mitarbeit an der Therapie, gefährdet ist, ergibt sich von selbst.

Problematisch ist auch eine verkürzte Diagnosemitteilung wie die folgende:

A: guten tag nehmen sie platz
P: guten tag
A: sie wissen wahrscheinlich um was es geht
P: nee
A: des is böseartig die brust muss ab (.) ich sag ihnen jetzt mal wies weitergeht [...]

Nach marginalen Begrüßungsformalitäten geht der Arzt hier unmittelbar über zur Mitteilung einer Diagnose und zu einer geradezu autoritär formulierten Therapieplanung. Der Arzt sah es dabei offensichtlich nicht als seine Aufgabe an, mit dem Schock der Diagnose in irgendeiner Weise umgehen zu müssen. Der Mangel an Empathie bei der Mitteilung der Diagnose Krebs wurde von der Patientin als weitere Traumatisierung erlebt und führte dazu, dass sie den Arzt wechselte.

4. In der Phase der Therapieplanung und -entwicklung⁹ müssen die Möglichkeiten einer therapeutischen Intervention zwischen medizinisch Gebotem und

den alltagspraktischen Erfordernissen des Patienten ausgehandelt werden. Dabei stehen zunächst Aktivitäten des Arztes im Vordergrund, die Entwicklung eines Therapieplans und seine Erläuterung, dann aber auch die kommunikative Einbindung des Patienten und seine nach Möglichkeit aktive Übernahme der Therapievorschlüsse. Wie aktiv sich die Patientin in folgendem Ausschnitt an die Medikamentenverordnung hält, muss dahingestellt bleiben; ohne nähere Erläuterung wird ihr gesagt:

A: ich verschreib ihnen mal [MEDIKAMENTENNAME] das nehmen sie morgens und abends eine woche lang

5. Gesprächsbeendigung und Verabschiedung werden durch Beendigungsinitiativen, meist des Arztes, eingeleitet und durch Zusammenfassungen wie wechselseitige Vergewisserungsbeiträge abgesichert. Als

Beendigungsinitiativen gelten Resümees, Terminabsprachen oder Ausblicke auf zukünftiges Handeln der Gesprächspartner. Die Gespräche werden in der Regel durch Verabschiedung mit Grußformeln beendet.

Zusammenfassung

Die Darstellung des Handlungsschemas erfolgte hier in einer idealtypischen Weise. Idealtypisch bedeutet dabei nicht, dass dies der ideale Ablauf eines ärztlichen Gesprächs wäre, sondern dass diese Reihenfolge zum einen den häufigsten Ablauf darstellt, und zum anderen damit auch eine handlungslogische Reihenfolge gegeben ist. Einzelne Aufgaben des Handlungsschemas können dabei von den Teilnehmern in mehreren Anläufen oder Runden bearbeitet werden, oder es werden bestimmte Teilaufgaben vorgezogen oder zu einem späteren Zeitpunkt in einer anderen Handlungsphase nachgeholt.

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Begrüßung und Gesprächseröffnung2. Beschwerdenschilderung und Beschwerdenexploration3. Diagnosestellung4. Therapieplanung und -entwicklung5. Gesprächsbeendigung und Verabschiedung |
|--|

Tabelle: Handlungsschema ärztlicher Gespräche mit Patienten

Bei einem Handlungsschema handelt es sich also um eine grobe Ablaufstruktur, mit der Gesprächsteilnehmer ihr Gespräch organisieren und an der sie sich auch in den Details ihrer Gesprächsaufgaben orientieren können.

Alle Aktivitäten der Gesprächspartner im ärztlichen Gespräch sind an die grundlegenden Eigenschaften von Gesprächen wie Konstitutivität, Interaktivität usw. gebunden, die oben erwähnt wurden. Sie lassen sich von daher in verschiedenen Hinsichten, bezogen auf Inhalte, auf die soziale Beziehung der Teilnehmer oder auf Handlungszwecke variabel gestalten. Eingebunden sind Äußerungen in ärztlichen Gesprächen in bestimmte Aufgabenstellungen, die in einer bestimmten Abfolge und in bestimmter Verteilung auf die Gesprächspartner bearbeitet werden müssen.

Sprachwissenschaftler können durch ihre Analysen kommunikative Aufgabenstellungen und typische Lösungen und deren jeweilige Folgen rekonstruieren und so Ärzten Hilfestellungen für ihre Gesprächsführung geben.

Anmerkungen

- ¹ Zum „Arbeitskreis Angewandte Gesprächsforschung“ s. <<http://www.linse.uni-due.de/linse/aag/index.html>>.
- ² Eine Metaanalyse zur Forschungslage bietet Nowak (2007). Gemeinsam mit ihm habe ich eine umfangreiche Bibliografie mit mehr als 2300 Titeln zur medizinischen Kommunikation aus ganz verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen im Gesprächsanalytischen Informationssystem GAIS der Abteilung „Pragmatik“ des IDS eingestellt <<http://hypermedia.ids-mannheim.de/gais/pdf/API-07032007.pdf>>.
- ³ Die meisten dieser Themen werden auch in Neises et al. (2005) behandelt. Dieses interdisziplinär ausgerichtete Buch ist u. a. auch eine Grundlage der verpflichtenden Gebietsweiterbildung für Gynäkologen.
- ⁴ Ä = Ärztin, P = Patientin; die Transkription wird sehr einfach gehalten, lediglich Pausen werden mit Sekundenangaben in Klammern notiert, (.) stellt eine Pause unterhalb einer Sekunde dar.
- ⁵ s. Deppermann 1999.
- ⁶ s. Kallmeyer 2005.
- ⁷ s. Spiegel/Spranz-Fogasy 2001.
- ⁸ Ausführlich zur Gesprächseröffnung s. Spranz-Fogasy (1987).
- ⁹ Eine ausführliche Darstellung dieser Phase findet sich in Spranz-Fogasy 1988. Zum Entscheidungsdialog zwischen Arzt und Patient s. Koerfer et al. (2005).

Literatur

- Deppermann, Arnulf (1999): Gespräche analysieren. Opladen: Leske & Budrich.
- Kallmeyer, Werner (2005): Konversationsanalytische Beschreibung. In: Ammon, U. / Dittmar, N. / Mattheier, K. / Trudgill, P. (Hgg.): Sociolinguistics / Soziolinguistik. Berlin / New York: de Gruyter, S. 1212-1225.
- Koerfer, Armin / Obliers, Rainer / Köhle, Karl (2005): Der Entscheidungsdialog zwischen Arzt und Patient. In: Neises et al. S. 137-157.
- Neises, Mechthild / Ditz, Susanne / Spranz-Fogasy, Thomas (Hgg.) (2005): Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Nowak, Peter (2007): Eine Systematik sprachlichen Handelns von Ärzt/inn/en. Metastudie über Diskursforschungen zu deutschsprachigen Arzt-Patient-Interaktionen. Wien: Dissertation Universität Wien.
- Spiegel, Carmen / Spranz-Fogasy, Thomas (2001): Aufbau und Abfolge von Gesprächsphasen. In: Brinker, K. / Antos, G. / Heinemann, W. / Sager, S. F. (Hgg.): Text- und Gesprächslinguistik. Berlin / New York: de Gruyter, S. 241-252.

Spranz-Fogasy, Thomas (1987): Alternativen der Gesprächs-
eröffnung im ärztlichen Gespräch, in: Zeitschrift für
Germanistische Linguistik 3/1987, S. 293-302.

Spranz-Fogasy, Thomas (1988): Medikamente im Gespräch
zwischen Arzt und Patient – Gesprächsanalysen für die
Praxis, in: Deutsche Sprache 3/1988, S. 240-258.

Der Autor ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für
Deutsche Sprache in Mannheim.

Cartoons: Katrina Franke, Mannheim